

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica
e/ou diabetes mellitus na UBS Cristalino Leite Silva, Doutor Severiano-RN**

Mirtha Romelia Reyes Mediaceja

Pelotas, 2015

Mirtha Romelia Reyes Mediaceja

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Cristalino Leite Silva, Doutor Severiano-RN

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Ana Carine Ferreira de Araújo

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

M489m Mediaceja, Mirtha Romelia Reyes

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Cristalino Leite Silva Doutor Severiano RN / Mirtha Romelia Reyes Mediaceja; Ana Carine Ferreira De Araújo, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

103 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Araújo, Ana Carine Ferreira De, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a Deus, à memória de meus pais, minha profissão e a toda equipe de saúde da UBS Cristalino Leite Silva, aos usuários e a todos aqueles que estiveram comigo, trazendo companhia e força diante dos desafios. Em especial a meus filhos, Luís Angel e Romelia, ao irmão adorado Reinaldo, querido esposo Luís e a toda a família e amizades em Cuba, que mesmo à distância deram apoio e alento nos momentos difíceis para o término exitoso desta especialização.

Agradecimentos

A Deus, fonte de toda a vida, por dar-me força ao espírito e por iluminar meu caminho.

A meus pais Reinaldo e Romelia e a meus padrinhos que estão ao lado do Santíssimo e me acompanham sempre.

A meus guias protetores e orixás que me amparam, iluminam e dão axé.

Aos meus filhos Luís Angel e Romelia, que são meus grandes amores e minha razão de lutar. E ao meu esposo Luís, amoroso por demais, e que eu adoro.

A meu irmão Reinaldo, a quem amo com todo meu coração, é minha fortaleza e meu orientador na vida, exemplo de honestidade e perseverança.

A minha querida família.

As minhas verdadeiras amizades em Cuba e aqui em Brasil, que dão todo seu apoio e alento.

A minha equipe de trabalho, todos que fazem a Estratégia de Saúde da Família.

Ao programa “Mais Médicos para o Brasil”, por nos possibilitar colaborarmos com a saúde do povo brasileiro.

À prefeitura municipal e à Secretaria Municipal de Saúde de Doutor Severiano-RN.

À minha orientadora, por ter me orientado no trabalho, contribuindo para a construção do meu conhecimento.

Obrigada a todos.

É fundamental que o estudante adquira uma compreensão e uma percepção nítida dos valores. Tem de aprender a ter um sentido bem definido do belo e do moralmente bom."(Albert Einstein).

Resumo

MEDIACEJA, Mirtha Romelia Reyes. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Cristalino Leite Silva, Doutor Severiano-RN.** 2015. 103f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população mundial e no Brasil, e a assistência à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na atenção básica compreende organizar e redirecionar os serviços para ações e medidas capazes de reverter os indicadores de saúde, com o acompanhamento integral desses usuários, com atualização dos registros, e organização do processo de trabalho para esse acompanhamento, tendo em vista a avaliação multidimensional e a promoção de saúde. A Unidade Básica de Saúde Cristalino Leite Silva atende a uma população de 1.638 usuários da zona rural, com prevalecendo da faixa etária de 15 a 59 anos. A cobertura da atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes era de 93% e 23%, respectivamente, com 142 usuários com hipertensão e 22 usuários com diabetes acompanhado pela equipe. Mas a atenção a esse grupo ocorria de forma não programática, não seguia um protocolo de atendimento, e não possuía registro específico. Com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na Unidade Básica de Saúde Cristalino Leite Silva, foi realizada uma intervenção no período de 12 semanas, com ações que envolveram organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Utilizamos os Cadernos de Atenção Básica de atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos, de 2010, do Ministério de Saúde, fichas espelho para registro e uma planilha eletrônica de coleta de dados. Foi realizado o cadastro no programa de 152 usuários com hipertensão e 46 usuários com diabetes, que equivale a coberturas de 100% e 47,4%, respectivamente. Todos os cadastrados ficaram com registro adequado na ficha espelho e prontuários clínicos, e com o exame clínico e os exames complementares em dia de acordo com protocolo, foram avaliados com estratificação de risco cardiovascular, tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, e foram orientados sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal. A intervenção proporcionou capacitação para a equipe, facilitou o envolvimento da comunidade com a equipe para a promoção de saúde e diminuição dos fatores de risco dessas doenças, trouxe melhorias ao serviço, com a organização do fluxograma de atendimento na UBS, e garantiu a satisfação da comunidade com todas as ações de saúde que são ofertadas a eles.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa atenção à saúde ao hipertenso na UBS Cristalino Leite Silva no município Doutor Severiano-RN, 2015.	70
Figura 2	Cobertura do programa atenção à saúde ao diabético na UBS Cristalino Leite Silva no município Doutor Severiano-RN, 2015.	71
Figura 3	Proporção de hipertensos com os exames completos em dia de acordo com protocolo na UBS Cristalino Leite Silva no município Doutor Severiano-RN, 2015.	72
Figura 4	Proporção de diabéticos com os exames completos em dia de acordo com protocolo na UBS Cristalino Leite Silva no município Doutor Severiano-RN, 2015.	73
Figura 5	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Cristalino Leite Silva no município Doutor Severiano-RN, 2015.	77
Figura 6	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Cristalino Leite Silva no município Doutor Severiano-RN, 2015.	78

Lista de abreviaturas e siglas

ACS -	Agente comunitário da Saúde
APS -	Atenção Primária à Saúde
CAB -	Caderno da Atenção Básica
CAP -	Caderno de Ações Programáticas
CAPS -	Centro de Atenção Psicossocial
CEO -	Centro de Especialidades Odontológicas
CLS -	Conselho Local de Saúde
DST -	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DM -	Diabetes Mellitus
EAD -	Educação à distância
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT -	Hemoglicoteste
HIPERDIA -	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Usuários Hipertensos e Diabéticos
MS -	Ministério da Saúde
NASF -	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
RN -	Rio Grande do Norte
SIAB -	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS -	Sistema Único de Saúde
OMIA -	Objetivos, Metas, Indicadores, Ações
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFPEL -	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa.....	21
2.2 Objetivos e metas.....	22
2.2.1 Objetivo geral.....	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas	22
2.3 Metodologia.....	24
2.3.1 Detalhamento das ações	25
2.3.2 Indicadores	52
2.3.3 Logística.....	59
2.3.4 Cronograma	64
3 Relatório da Intervenção.....	66
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	66
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	69
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	69
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	70
4 Avaliação da intervenção.....	71
4.1 Resultados	71
4.2 Discussão.....	83
5 Relatório da intervenção para gestores	85
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	88
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	91
Referências	93
Apêndices	90
Anexos	99

Apresentação

O presente trabalho é resultado das atividades realizadas durante o Curso de Especialização em Saúde da Família, ministrado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), na modalidade de educação a distância (EAD), através do Ministério da Saúde, por meio do Programa Mais Médicos, e do município de Doutor Severiano-RN, que culminaram numa intervenção para melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na Unidade Básica de Saúde Cristalino Leite Silva, ocorrida entre os meses de abril a junho de 2015. O volume está organizado em sete capítulos, construídos de maneira sequenciais e interligados. No primeiro capítulo do volume consta a análise situacional, desenvolvida na unidade 1 do curso, onde foi traçado o perfil da Unidade de Saúde, desde a infraestrutura, equipe de saúde, até a rede assistencial disponível no município. No segundo capítulo é apresentada a análise estratégica, por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2 do curso. O terceiro capítulo apresenta o relatório da intervenção, realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. No quarto capítulo encontra-se a avaliação da intervenção, com os resultados e discussão, construídos ao longo da unidade 4 do curso. O quinto e sexto capítulo se referem aos relatórios para gestores e comunidade, respectivamente, e o sétimo capítulo traz a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. No final, têm-se as referências e os anexos utilizados.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Minha Unidade Básica de Saúde (UBS) tem o nome de Cristalino Leite Silva, na zona rural. Possui 1.638 pessoas cadastradas, num total de 502 famílias. A equipe está composta por um auxiliar de enfermagem, quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma enfermeira, uma técnica enfermagem e uma médica. Os objetivos do programa Mais Médicos são cumpridos, com o encaminhamento para a resolutividade do problema de saúde identificado na comunidade. A UBS possui vínculo institucional com a maternidade, onde são atendidas algumas urgências, pois não tem Hospital. O município conta com três UBS, que não abarca o total da população. Conta ainda com especialistas como fisioterapeuta, psicólogo e nutricionista. Temos um com conselho municipal de saúde.

A UBS ainda está em construção, não apresentando estrutura física de acordo com que preconiza o Ministério de Saúde (MS). Há apenas consultório médico, sala de curativo, sala de vacinas, farmácia e um consultório odontológico. Mas a equipe trabalha bem para oferecer nossos serviços à população como eles merecem.

Atualmente a população não tem uma ideia clara que esse sistema ajudar a aliviar os hospitais e articular o sistema de Atenção Primária à Saúde (APS) com a atenção secundária, permitindo uma atenção qualificada e resolutiva a cada usuário que precisa.

O Sistema Único de Saúde (SUS) defende o atendimento seguindo a política da humanização, que preconiza a atenção, o esclarecimento de dúvidas quanto ao estado de saúde, a agilidade no atendimento, adequando-se às necessidades de cada população. O papel dos usuários é relevante para que a procura por estes serviços seja bem-sucedida. O bom funcionamento depende do

trabalho de cada um dos envolvidos, eles são como uma engrenagem onde uma peça que está com problema pode pôr a perder todo um trabalho. Talvez, o problema de aglomeração de pessoas é devido a um alto número da população da comunidade que não é acompanhado por UBS.

A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica. Cada equipe deve cuidar de um número determinado de pessoas, um adequado planejamento, priorizando os grupos populacionais: gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos, usuários com problemas de saúde mental, idosos. Os ACS são de vital importância no processo da atenção básica de saúde, sendo eles a base de todo o sistema. São os ACS que colhem os dados primários das famílias assistidas, cadastra nos sistemas de informação, e estão em relação primeira e direta com essas famílias nas visitas domiciliares.

A visita domiciliar é feita sem dificuldade. O cadastramento é feito por agentes de saúde que visitam as residências da área. Porém, o número de cadastrados nem sempre corresponde ao número real de usuários da Unidade. Segundo informado, a Unidade consegue ter uma boa resolutividade nas suas ações no que se refere à promoção, prevenção e recuperação da saúde, o que assinala para a importância estratégica da Saúde da Família, na missão de resolver no mínimo 80% dos problemas de saúde da sua população. Através do reconhecimento das deficiências presentes em na UBS, poderemos atuar no sentido de reduzi-las.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Doutor Severiano, no estado do Rio Grande do Norte, tem um território de 108,28 km² de extensão, fazendo limite estadual com o Ceará. Possui uma população de 6.492 habitantes, sendo 3.709 na zona rural, distribuídos em 27 comunidades, e 2.783 na zona urbana (IBGE, 2010).

Atualmente a Atenção Básica do município contempla três UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF), duas localizadas na zona rural e outra na zona urbana. Conta também com uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), sediada na zona urbana, composto por Psicólogo, Nutricionista e

Fisioterapeuta. O município possui ainda uma maternidade, com capacidade para nove internamentos; rede de atenção especializada composta por uma psicóloga, uma fisioterapeuta e um nutricionista, que é insuficiente, pois geralmente não tem vagas para os encaminhamentos; e um laboratório que realiza os exames de rotina. Os exames radiológicos e de alta complexidade são feitos através de um convênio da secretaria de saúde com clínicas privadas, assim como outros atendimentos especializados. Todas as urgências e cirurgias, mesmo que sejam simples, são referenciadas para o município de Pão dos Ferros. Não contamos com atendimento odontológico, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e nem com Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Existe um com Conselho Local de Saúde Municipal (CLS).

A UBS Cristalino Leite, onde atuo, localiza-se na área rural, e possui vínculo direto e único com o SUS, pois é da prefeitura, mas não possui vínculo com instituições de ensino. Possui ESF, com uma equipe composta por duas Agentes Comunitárias de Saúde, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma médica clínica geral.

A UBS encontra-se em reforma e ampliação, e por enquanto a equipe está trabalhando em local adaptado na escola da zona rural, em dois salões que disponibilizaram para consultas. Logo, a estrutura física atual não se encontra de acordo com o que preconiza o MS. Não há consultório odontológico, e por isso não oferecemos atendimento de saúde bucal, e nem podemos referenciar para a zona urbana, pois esta também não dispõe de tal serviço. Estas deficiências impedem um bom funcionamento da Unidade de Saúde.

A população da nossa área de abrangência totaliza 1.638 usuários, num total de 502 famílias, distribuídas em duas comunidades, Merejo e Jardim. De acordo com dados atualizados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a distribuição por faixa etária acompanha a tendência da população brasileira, com predomínio da população adulta e idosa. Há 230 idosos maiores de 60 anos, 71 crianças menores de 4 anos, com apenas 6 menores de 1 ano. Há predomínio da população do sexo feminino, com 838 usuárias, contra 800 do sexo masculino. Assim, o tamanho da população está adequado à equipe de saúde.

Quanto às atribuições de cada membro e funcionamento da equipe, existe uma metodologia de trabalho muito diferente e inadequada para a atenção básica, pois a equipe estava acostumada a ter médico apenas uma vez por semana, o que

levou a sua desmotivação. A enfermeira, por exemplo, não participa das visitas domiciliares e dos demais espaços comunitários, com participação insuficiente nas atividades de educação em saúde, não atende demanda espontânea, e não realiza um adequado gerenciamento dos insumos necessários.

Nas poucas reuniões da equipe que realizamos até o momento, lemos sobre estes temas tão importantes para um melhor entendimento das partes, pois cada um tem atribuições bem determinadas, mais é preciso que o trabalho seja feito em conjunto, com cooperação, sem sentido de superioridade por parte dos profissionais de maior formação acadêmica, valorizando sempre as funções de todos na equipe, e a importância de cada profissional.

Atualmente a população não tem uma ideia clara desse sistema que contribui com a diminuição da procura por hospitais e deve articular o sistema de atenção à saúde, permitindo uma atenção qualificada e resolutive a cada usuário. A responsabilidade pela qualidade do atendimento não é apenas dos funcionários da equipe, mas o papel dos usuários é relevante para que a procura por estes serviços seja bem-sucedida. O bom funcionamento depende do trabalho de cada um dos envolvidos.

Na realidade posso refletir que o trabalho da equipe de saúde não cumpre ainda com todos os propósitos para oferecer atenção integral à comunidade. Apesar disso, estamos fazendo um esforço para conseguir que todos os integrantes da equipe tenham como princípio do atendimento a escuta que seja capaz de compreender o sofrimento de cada usuário e desta forma poder oferecer respostas positivas e orientar adequadamente de acordo com suas necessidades.

O acolhimento à demanda espontânea é feito pela técnica de enfermagem. Atualmente as consultas de clínica médica acontecem por demanda espontânea apenas. A técnica faz o preenchimento das fichas de atendimento, e passa-as direito à consulta médica, sem levar em conta as necessidades de cada usuário. Ou seja, não existe uma análise das demandas recebidas, não há encaminhamentos para consulta de enfermagem, apenas enviam todos os usuários para consulta médica, levando a uma sobrecarga no trabalho dessa profissional, afetando o desenvolvimento do processo.

A atenção à saúde da criança não acontece de forma programática, não existe protocolo de atendimento de puericultura na UBS, não existe arquivo específico para o registro dos atendimentos, e não há monitoramento regular das

ações. O atendimento é feito pela médica e pela enfermeira, às quartas-feiras pela manhã, com agendamento planejado, de acordo com o preconizado pelo MS, para conhecimento e avaliação de risco das mesmas, e a criança já sai com a próxima consulta agendada. Não realizamos grupos de atividades educativas com as mães das crianças.

Contamos com seis crianças menores de um ano de idade em nossa área de abrangência, as quais são atendidas na Unidade de Saúde, o que corresponde a uma cobertura de 25% em relação à população estimada pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP). O mapeamento da área de abrangência está desatualizado para esta avaliação. Os indicadores acusam uma boa qualidade da atenção, pois todas realizaram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, foram avaliadas quanto ao monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta, estão com vacinas em dia, e suas mães foram orientadas quanto ao aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes. Os nossos registros não permitem a avaliação das consultas em atraso, e da realização da triagem auditiva e teste de pezinho, que não aparecem descritas nos prontuários. A avaliação da saúde bucal não acontece por falta do serviço odontológico, e a triagem auditiva e o teste de pezinho só são realizados na zona urbana do município, e as mães não acessam por dificuldade com o transporte.

O atendimento ao pré-natal também não acontece de forma programática, pois não possui protocolo de pré-natal na UBS, não há arquivo específico para o registro dos atendimentos, e não há monitoramento regular das ações. O atendimento é feita pela médica e pela enfermeira, terças-feiras pela manhã, com o agendamento prévio, de acordo com o preconizado pelo MS, e avaliação do risco, e a gestante sai com a próxima consulta agendada. Não existe especialista obstetra disponível para avaliação das gestantes de alto risco no município, porém as mesmas são avaliadas e, se necessário, são encaminhadas à maternidade do município Pão dos Ferros. Não são realizadas atividades com grupo de gestantes.

Temos sete gestantes na área de abrangência, o que confere uma cobertura de 28%, de acordo com as estimativas da população pelo CAP. O mapeamento da área de abrangência está desatualizado e as agentes comunitárias não tem conhecimento real de sua população, influenciando negativamente nesta avaliação, pois pode haver gestantes que não conhecemos, e que são atendidas em outra UBS ou pelo setor privado. A avaliação da qualidade de atenção pré-natal é afetada

principalmente pela atenção à saúde bucal, que não dispomos, e pelo exame ginecológico, pois não há registros de sua realização nos prontuários clínicos. Os outros indicadores estão de acordo com o preconizado, pois todas as gestantes acompanhadas iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, estão com as consultas em dia, tiveram os exames laboratoriais preconizados solicitados na primeira consulta, foram vacinadas contra tétano e hepatite B, receberam a prescrição de sulfato ferroso conforme protocolo, e foram orientadas quanto aleitamento exclusivo.

Em relação ao Puerpério, o estimado para nossa população é de 24 puérperas, mas temos registros de atendimento apenas a três usuárias, o que equivale a uma cobertura de 13%. Os registros indicam indicadores que apontam uma boa qualidade da atenção, pois as três puérperas acompanhadas tiveram a sua consulta puerperal registrada, consultaram antes dos 42 dias de pós-parto, tiveram as mamas e o abdome examinados, e receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar. Os registros não oferecem o número de puérperas avaliadas quanto a intercorrências, com exame ginecológico realizado e com avaliação psíquica.

O programa de Prevenção do Câncer de Colo de Útero e de Mama na UBS ocorre de forma não programática, sem protocolo de atendimento, com registros inadequados ao monitoramento das ações, e por rastreamento oportunístico. Faz-se coleta para citopatologia uma vez na semana, pela enfermeira, por agendamento programado das mulheres que buscam o serviço, e as coletas são registradas em um livro de atendimento. Ainda é difícil fazer um planejamento das ações, pois temos dificuldade com o cadastramento das mulheres nessa faixa etária. Estamos buscando recuperar a rotina de consulta de atenção integral à saúde da mulher, feita terças-feiras à tarde, apesar da resistência à adesão. Aproveitamos também para fazer uma consulta integral àquelas mulheres que assistem a consulta por outro motivo, onde trabalhamos em busca de fatores de risco e antecedentes familiares. Não realizamos atividades com grupo de mulheres.

A cobertura de Prevenção do Câncer de Colo de Útero na UBS encontra-se muito abaixo do ideal, considerando a população estimada pelo CAP na faixa etária correspondente. Não sabemos o número real deste grupo, mas de 413 mulheres entre 25-64 anos estimadas, fazem acompanhamento apenas 118 (29%). Infelizmente é impossível fazer uma adequada análise da qualidade da atenção, pois a forma de registro não oferece todos os dados necessários, como número de

mulheres com exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de seis meses de atraso, e número de amostras com células representativas da junção escamocolumnar. Das mulheres acompanhadas, uma boa parte está com exame citopatológico em dia, teve os exames coletados com amostras satisfatórias e foi orientada sobre prevenção de câncer de colo de útero e doenças sexualmente transmissíveis (DST). Nenhuma foi avaliada quanto ao risco de câncer de colo de útero, pois essa ação não é realizada na UBS.

A cobertura de Prevenção do Câncer de Mama é de 43%, muito abaixo do ideal, com acompanhamento de 53 mulheres, entre as 123 estimadas para a faixa etária de 50 a 69 anos. Isso pode se dar em função do desconhecimento real da população da faixa etária correspondente, além da desatualização do cadastro da população, e de não ter um trabalho contínuo como este grupo vulnerável. É difícil fazer uma adequada análise dos indicadores, pois em prontuários clínicos revisados não existe registro de solicitação de mamografia e nem avaliação de risco para câncer de mama.

É preciso investir na avaliação de risco para o câncer de colo uterino e de mama, e no registro adequado, com dados que permitam o monitoramento do programa e que nos permita trabalhar sob a perspectiva do rastreamento organizado.

A atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) na UBS, como as demais ações, ocorre de forma não programática, sem protocolo de atendimento, e é registrada apenas no prontuário clínico. O atendimento é feito quarta-feira pela manhã, com agendamentos conforme o estabelecido pelo MS, e feito por médico e enfermeira. Não realizamos atividades com grupos de adultos hipertensos e/ou diabéticos.

Considerando os 340 usuários com HAS estimados pelo CAP, apresentamos uma cobertura de apenas 42%, com acompanhamento na UBS de 142 usuários. Mas esse número estimado não parece estar de acordo com nossa realidade. A avaliação dos indicadores acusa uma baixa qualidade da atenção, pois menos da metade tem assistido a consultas atualmente, foram estratificados quanto ao risco cardiovascular por critério clínico, realizaram exames complementares em dia, e foram orientados quanto à prática de atividade física regular e alimentação saudável. A avaliação da saúde bucal ficou prejudicada, pois não contamos com o serviço odontológico.

Com respeito aos usuários com DM, conforme o CAP, a cobertura de acompanhamento é de apenas 23%, sendo 97 o total estimado, e apenas 22 acompanhados. Isso demonstra que nossa equipe deve trabalhar para buscar usuários ainda não diagnosticados. A qualidade também não tem boa avaliação, pois pouco mais da metade dos usuários foram estratificados quanto ao risco cardiovascular por critério clínico, estão com exames complementares em dia, e com orientação sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável. Outros indicadores não podem ser avaliados, pois o exame físico dos pés, palpação do pulso tibial posterior e pedioso, assim como avaliação da sensibilidade nos últimos três meses não estão descritos nos prontuários clínicos, o que demonstra um problema nesse serviço. A avaliação de saúde bucal não é realizada em função da ausência de equipe de saúde bucal.

A atenção à saúde do idoso ocorre em consultas realizadas na UBS ou em visita domiciliar, quando necessário, mas as ações não ocorrem de forma programática, ou seja, não há protocolo de atendimento, o registro é feito apenas em prontuário clínico e não há monitoramento regular das ações. As consultas e visitas domiciliares de idosos são realizadas apenas pela médica e não são realizadas atividades com grupos de idosos.

A UBS tem uma cobertura de 60% no atendimento aos idosos, com 106 acompanhados, considerando a estimativa de 177 pelo CAP. Dos idosos que fazem acompanhamento, poucos estão com consulta em dia. A maioria dos prontuários clínicos está desatualizada, apenas com registros de renovação de receitas. Dos que estão com as consultas em dia, buscamos realizar uma consulta integral, com anamnese e exame físico completo, com avaliação de risco de morbimortalidade, e orientações sobre prática de exercícios físicos e alimentação saudável. Em relação à saúde bucal, nenhum usuário está com avaliação em dia. Temos dificuldade com a investigação de indicadores de fragilização na velhice, e avaliação multidimensional rápida, pois não há registro sobre tal, constituindo indicadores negativos.

Temos muitos desafios pela frente para alcançar um serviço de excelência para nossa população, com resultados mais favoráveis para garantir uma atenção de qualidade, como atualizar o cadastro da população, investir em ações educativas de grupos, e melhorar os registros. Além disso, a estrutura física e a falta de equipe de saúde bucal são limitações importantes que precisam ser resolvidas.

Atualmente contamos com todas as ferramentas necessárias para modificar nosso processo de trabalho, além disso, o curso de especialização na Saúde da Família vem permitindo conhecer nossas dificuldades e potencialidades através de temas importantes como as atribuições dos profissionais, estrutura da Unidade de Saúde, assim como o atendimento à demanda espontânea e grupos específicos.

O questionário do caderno de ações programáticas pode nos mostrar onde estão nossas principais dificuldades no atendimento aos grupos específicos, permitindo uma maior organização dos serviços. O curso de especialização constitui uma ferramenta valiosa, com uma visão crítica sobre a realidade do trabalho em saúde, para ampliar ações, assim como prestar assistência integral, resolutivas, com boa qualidade, de forma articulada com toda a equipe de saúde, com vistas à valorização do indivíduo como um ser humano.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Analisando de forma comparativa o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional, podemos concluir que as realidades de trabalho presente se mostram muito melhores e superiores em relação às passadas, visto que eu mudei de Unidade de Saúde nesse período. No texto inicial eu trabalhava numa UBS, e o Relatório Situacional se refere à UBS que atuo hoje.

Na UBS anterior, havia certa resistência por parte dos integrantes do nosso grupo de trabalho, no que se diz respeito à integralidade, unidade e força de vontade de exercer a função com excelência e gosto. Hoje, a realidade se mostra bem diferente, pois a troca da Unidade de Saúde, passada da zona urbana para a zona rural, trouxe uma melhora de relacionamento com a equipe de trabalho. Apesar das pequenas dificuldades ainda apresentadas, todos se mostram integrados, se empenhando em realizar um bom trabalho para melhor atender à demanda diária de usuários da zona rural da cidade de Doutor Severiano-RN.

Com a nova equipe de trabalho percebo maior disposição para a mudança de métodos de trabalho que nos impedem de atender às necessidades da população. As reuniões são feitas de forma regular, pois anteriormente não eram, e havia pouca participação dos membros da equipe da UBS anterior. Agora existem

melhores relações afetivas com a equipe de trabalho, os agentes de saúde contribuem muito com o conhecimento das doenças que afetam a população. Continuam com o cadastramento e atualização dos dados, pois dessa forma podemos ter uma informação mais real de nossa população, e podemos estabelecer e cumprir com todas as estratégias propostas.

Agora, após o Relatório de Análise Situacional, conhecemos mais a realidade, dificuldades e potenciais. Enquanto profissionais, pudemos conhecer melhor o ambiente de trabalho no qual estamos inseridos, e até pensar em estratégias de melhoria em nossa Unidade para atendimento. Para todos nós envolvidos neste processo, um aprendizado e uma experiência inigualáveis.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Urge a gestão local entender que a assistência à pessoa com HAS e DM na atenção básica compreende organizar e redirecionar os serviços para ações e medidas capazes de reverter os indicadores de saúde, como uma tarefa primordial (BRASIL, 2001). A atenção ao hipertenso e diabético como ação programática demanda acompanhamento integral desses usuários, com atualização dos registros, assim como organização do processo de trabalho para esse acompanhamento, tendo em vista a avaliação multidimensional e a promoção de saúde. Sabe-se da necessidade de um acompanhamento para esses usuários na Atenção Básica, conscientizando-os sobre as mudanças no estilo de vida para prevenir essas patologias e a importância na adesão aos tratamentos propostos, para que possuam uma melhor qualidade de vida e evitem o aparecimento de complicações.

A UBS Cristalino Leite Silva localiza-se na zona rural do município de Doutor Severiano-RN, por enquanto funcionando em local adaptado na escola da comunidade. Contempla uma equipe de saúde, composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, duas Agentes Comunitárias de Saúde e uma médica. Assiste uma população de 1.638 usuários, num total de 502 famílias, com predomínio do sexo feminino e da população adulta e idosa. Ou seja, há uma tendência de envelhecimento da população, e com isso, percebe-se uma demanda crescente de atendimento por doenças crônicas na USF, como HAS e DM.

A população estimada pelo CAP é de 340 usuários hipertensos e 97 diabéticos, mas de acordo com o registro de cadastramento das ACS, verificamos que atualmente o total de usuários com HAS e DM é de 152 e 97, respectivamente. Fazem acompanhamento na UBS 142 hipertensos e 22 diabéticos, o que confere cobertura está em torno de 93% entre os hipertensos e 23% entre os diabéticos.

Mas a atenção ao hipertenso e diabético ocorre de forma não programática, não segue um protocolo de atendimento, e as consultas são registradas apenas no prontuário clínico. A avaliação dos indicadores acusa uma baixa qualidade da atenção em geral, não são realizadas atividades com grupos de adultos hipertensos e/ou diabéticos, e apresentamos problemas com os exames complementares e atenção à saúde bucal.

A intervenção nos permitirá melhorar a atenção à saúde desses usuários, tendo em conta que esta população é muito vulnerável, e sofre doenças que podem levar a incapacidades funcionais, e que demanda um serviço mais rápido e contínuo. Um dos aspectos mais importantes para a viabilidade da intervenção é o trabalho em equipe.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Cristalino Leite Silva, de Doutor Severiano-RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% de diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade Básica de Saúde Cristalino Leite Silva, no município de Doutor Severino-RN. Participarão da intervenção 152 usuários hipertensos e 97 usuários diabéticos. A população estimada pelo CAP é de 340 usuários hipertensos e 97 diabéticos, mas de acordo com o registro de cadastramento das ACS, verificamos que o número de hipertensos está acima da realidade, pois há apenas 152 hipertensos residentes na área de abrangência. Por isso, decidimos considerar os números reais para cálculo dos indicadores de cobertura. Vale ressaltar que a meta de cobertura estipulada foi de 60%, considerando que mesmo aqueles já

acompanhados pela UBS não haviam passado por muitas ações preconizadas pela intervenção, e, logo, seriam atendidos no período da intervenção, para cadastramento no programa.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Verificar as fichas de acompanhamento semanalmente para verificar quantos hipertensos foram incluídos no programa, pelo médico.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Usar uma ficha de acompanhamento para todo usuário que seja incluído no Programa e acordar a forma de registro junto à equipe.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

Detalhamento: Criar uma rotina para acolhimento desse usuário na Unidade e garantir que ao buscar a Unidade, seja feito o agendamento de sua consulta.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica na unidade de saúde.

Detalhamento: Verificar funcionamento dos materiais existentes na Unidade e solicitar mais materiais aos gestores, pelo médico.

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade para informar sobre a existência do Programa, pelo médico e enfermeira.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: Realizar palestras para orientar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, pelos ACS.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Realizar palestras para orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão, pelos ACS.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar reuniões com os ACS para orientar sobre a importância de cadastrar todos os hipertensos, e manter o cadastro atualizado, informando entradas e saídas dos usuários na área de abrangência, pela enfermeira.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação para a técnica de enfermagem sobre a verificação da pressão arterial, pelo médico.

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Verificar as fichas de acompanhamento semanalmente para verificar quantos diabéticos foram incluídos no programa, pelo médico.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Usar uma ficha de acompanhamento para todo usuário que seja incluído no Programa e acordar a forma de registro junto à equipe.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Detalhamento: Criar uma rotina para acolhimento desse usuário na Unidade e garantir que ao buscar a Unidade, seja feito o agendamento de sua consulta.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste (HGT) na unidade de saúde.

Detalhamento: Verificar funcionamento dos materiais existentes na Unidade e solicitar mais materiais aos gestores, pelo médico.

Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Realizar palestras ou outras atividades educativas para orientar à população sobre a importância de realizar exame de glicemia se possui PA maior que 135/80 mmHg, pelos ACS.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para desenvolvimento de hipertensão e diabético.

Detalhamento: Realizar palestras para orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão, pelos ACS.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar reuniões com os ACS para orientar sobre a importância de cadastrar todos os diabéticos, e manter o cadastro atualizado, informando entradas e saídas dos usuários na área de abrangência, pela enfermeira.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Realizar reuniões de capacitação sobre a importância de realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que

135/80 mmHg, para o diagnóstico e tratamento oportuno da doença, evitando as complicações, pela médica.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Metas 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

Detalhamento: Verificar semanalmente as fichas de acompanhamento, no campo do exame físico realizado, pela médica.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

Detalhamento: Aproveitar as reuniões da equipe e debater e definir as atribuições de médico e enfermeira no exame clínico de hipertensos.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar as capacitações baseadas nos protocolos de Hipertensão e Diabetes, por médica e enfermeira.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Realizar encontros com todos os profissionais, para discutir o processo de trabalho uma vez por mês.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Imprimir a versão atualizada dos protocolos, pela médica.

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Aproveitar palestras, consultas e visitas domiciliares para orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Realizar capacitação dos profissionais envolvidos no exame clínico do usuário (médico e enfermeira), para a realização do exame apropriado.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

Detalhamento: Verificar semanalmente as fichas de acompanhamento, no campo do exame físico realizado, pela médica.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

Detalhamento: Aproveitar as reuniões da equipe e debater as atribuições de médica e enfermeira no exame clínico de diabéticos.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar as capacitações baseadas nos protocolos de Hipertensão e Diabetes, por médica e enfermeira.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Realizar encontros com todos os profissionais, para discutir o processo de trabalho, uma vez por mês.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Imprimir a versão atualizada dos protocolos que serão utilizados, pela médica.

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento. Aproveitar palestras, consultas e visitas domiciliares para orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Realizar capacitação dos profissionais envolvidos no exame clínico do usuário (médico e enfermeira), para a realização do exame apropriado.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Monitorar semanalmente nas fichas de acompanhamento o número de hipertensos com exames laboratoriais realizados de acordo com o protocolo, pela médica.

Ação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Monitorar semanalmente nas fichas de acompanhamento o número de hipertensos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada, pela médica.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Acordar com a equipe quais os exames complementares a serem solicitados aos hipertensos avaliados em consultas ou visitas domiciliares.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: Reunir com gestor municipal para discutir as possibilidades de agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, pela médica.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Estabelecer na ficha de acompanhamento um espaço para sinalizar quando devem ser realizados novos exames, e estabelecer uma rotina de verificação dessas fichas para a equipe garantir a solicitação.

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Aproveitar as consultas, palestras e visitas domiciliares para orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Aproveitar as consultas, palestras e visitas domiciliares para orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Realizar capacitação dos profissionais envolvidos no atendimento do usuário (médico e enfermeira), para a solicitação dos exames complementares apropriados.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Monitorar semanalmente nas fichas de acompanhamento o número de diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com o protocolo, pela médica.

Ação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Monitorar semanalmente nas fichas de acompanhamento o número de diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada, pela médica.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Acordar com a equipe quais os exames complementares a serem solicitados aos diabéticos avaliados em consultas ou visitas domiciliares.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: Reunir com gestor municipal para discutir as possibilidades de agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, pela médica.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Estabelecer na ficha de acompanhamento um espaço para sinalizar quando devem ser realizados novos exames, e estabelecer uma rotina de verificação dessas fichas para a equipe garantir a solicitação.

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Aproveitar as consultas, palestras e visitas domiciliares para orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Aproveitar as consultas, palestras e visitas domiciliares para orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Realizar capacitação dos profissionais envolvidos no atendimento do usuário (médico e enfermeira), para a solicitação dos exames complementares apropriados.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Monitorar na ficha de acompanhamento o campo de medicamentos utilizados para verificar quantos usuários usam medicamentos que existem na Farmácia Popular/Hiperdia, pela médica.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Ação não cabe, já que não contamos com farmácia na nossa UBS.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Ação não cabe, já que não contamos com farmácia na nossa UBS.

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Explicar em palestras, consultas e vistas domiciliares o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: Realizar capacitação entre os profissionais médico e enfermeira sobre o tratamento da hipertensão.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Capacitar a equipe para que saibam como obter os medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia, pela enfermeira.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Monitorar na ficha de acompanhamento o campo de medicamentos utilizados para verificar quantos usuários usam medicamentos que existem na Farmácia Popular/Hiperdia, pela médica.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Ação não cabe, já que não contamos com farmácia na nossa UBS.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Ação não cabe, já que não contamos com farmácia na nossa UBS.

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Explicar em palestras, consultas e vistas domiciliares o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da diabetes.

Detalhamento: Realizar capacitação entre os profissionais médico e enfermeira sobre o tratamento da diabetes.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Capacitar a equipe para que saibam como obter os medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia, pela enfermeira.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Monitorar na ficha de acompanhamento quantos hipertensos necessitam de atendimento odontológico, pela médica.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: Instituir rotina de avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos durante o exame físico.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Como não dispomos de atendimento odontológico, é preciso discutir com o gestor, estratégias para garantir o encaminhamento dos hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Realizar atividades educativas que orientem as pessoas sobre a importância dessa avaliação, pelas ACS.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: Oferecer nas reuniões da equipe orientações para que a equipe possa realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em hipertensos, pela médica.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Monitorar na ficha de acompanhamento quantos diabéticos necessitam de atendimento odontológico, pela médica.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: Instituir rotina de avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos durante o exame físico.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Como não dispomos de atendimento odontológico, é preciso discutir com o gestor, estratégias para garantir o encaminhamento dos diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Realizar atividades educativas que orientem as pessoas sobre a importância dessa avaliação, pelas ACS.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: Oferecer nas reuniões da equipe orientações para que a equipe possa realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em diabéticos, pela médica.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Verificar semanalmente nas fichas de acompanhamento se os usuários estão realizando as consultas com a periodicidade prevista no protocolo, pela médica.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Estabelecer uma rotina de busca de faltosos ao final de cada mês, após a verificação das fichas de acompanhamento, para identificar os faltosos, e garantir com a ajuda dos agentes de saúde as visitas domiciliares para buscar os usuários faltosos.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Garantir o agendamento dos hipertensos provenientes as buscas domiciliares, deixando espaços definidos na agenda para esses usuários.

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: Oferecer palestras a comunidade sobre a importância de realização das consultas, pelos ACS.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: Oferecer espaços para que a comunidade possa ser ouvida quanto a sugestões para diminuir faltas, por médica e enfermeira.

Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Fazer atividades de sala de espera, para informar à comunidade sobre a periodicidade das consultas, pelos ACS.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento. Dedicar um tempo na reunião da equipe para capacitar as agentes de saúde para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, pela médica.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Verificar semanalmente nas fichas de acompanhamento se os usuários estão realizando as consultas com a periodicidade prevista no protocolo, pela médica.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Estabelecer uma rotina de busca de faltosos ao final de cada mês, após a verificação das fichas de acompanhamento, para identificar os faltosos,

e garantir com a ajuda dos agentes de saúde as visitas domiciliares para buscar os usuários faltosos.

Ação: Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Garantir o agendamento dos diabéticos provenientes as buscas domiciliares, deixando espaços definidos na agenda para esses usuários.

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: Oferecer palestras a comunidade sobre a importância de realização das consultas, pelos ACS.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: Oferecer espaços para que a comunidade possa ser ouvida quanto a sugestões para diminuir faltas, pela médica e enfermeira.

Ação: Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Fazer atividades de sala de espera, para informar à comunidade sobre a periodicidade das consultas, pelos ACS.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento. Dedicar um tempo na reunião da equipe para capacitar as agentes de saúde para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, pela médica.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Verificar as fichas de acompanhamento semanalmente para verificar se as informações estão sendo atualizadas, pela médica.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas.

Detalhamento: Garantir as informações do SIAB atualizada, com a obtenção dos dados atualizados junto às ACS, e envio adequado para a digitação, pela enfermeira.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Estabelecer o uso de uma ficha de acompanhamento que permita a obtenção de todos os dados para o monitoramento das ações e dos indicadores.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Discutir com a equipe a rotina de registro e a importância disso para o monitoramento das ações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Definir em equipe que a médica será a responsável pelo monitoramento dos registros.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Estabelecer a sinalização na ficha de acompanhamento dos campos da próxima consulta, dos próximos exames, da próxima estratificação de risco, da avaliação de comprometimento de órgãos alvo e do estado de compensação da doença.

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade e atividades em sala de espera para oferecer aos usuários e a comunidade informações sobre seus direitos

em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, por ACS, médica e enfermeira.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso.

Detalhamento: Realizar reuniões de capacitação da equipe da unidade de saúde para o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso, pela médica.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Realizar reuniões de capacitação da equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos, pela médica.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Verificar as fichas de acompanhamento semanalmente para verificar se as informações estão sendo atualizadas, pela médica.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Garantir as informações do SIAB atualizada, com a obtenção dos dados atualizados junto às ACS, e envio adequado para a digitação, pela enfermeira.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Estabelecer o uso de uma ficha de acompanhamento que permita a obtenção de todos os dados para o monitoramento das ações e dos indicadores.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Discutir com a equipe a rotina de registro e a importância disso para o monitoramento das ações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Definir em equipe que a médica será a responsável pelo monitoramento dos registros.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Estabelecer a sinalização na ficha de acompanhamento dos campos da próxima consulta, dos próximos exames, da próxima estratificação de risco, da avaliação de comprometimento de órgãos alvo e do estado de compensação da doença.

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Realizar reunião com a comunidade e atividades em sala de espera para oferecer aos usuários e a comunidade informações sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, por ACS, médica e enfermeira.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do diabético.

Detalhamento: Realizar reuniões de capacitação da equipe da unidade de saúde para o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético, pela médica.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Realizar reuniões de capacitação da equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos, pela médica.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Verificar semanalmente nas fichas de acompanhamento, quantos usuários tiveram pelo menos uma estratificação de risco no ano, pela médica.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: Planejar e garantir as consultas do atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, com prioridade.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Destinar vagas para o atendimento de usuários avaliados como de alto risco, com prioridade.

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: Organizar palestras com grupos de hipertensos, assim como nas consultas e visitas domiciliares para explicar nível de risco e à importância do acompanhamento regular, por ACS, médica e enfermeira.

Ação: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Realizar atividades educativas para orientar os usuários e a comunidade, quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação), por ACS, médica e enfermeira.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre a realização desta avaliação, pela médica.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe quanto à importância do registro desta avaliação, pela médica.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, pela médica.

Meta 5.2: Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Verificar semanalmente nas fichas de acompanhamento, quantos usuários tiveram pelo menos uma estratificação de risco no ano, pela médica.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: Planejar e garantir as consultas do atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, com prioridade.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Destinar vagas para o atendimento de usuários avaliados como de alto risco, com prioridade.

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: Organizar palestras com grupos de diabéticos, assim como nas consultas e visitas domiciliares para explicar nível de risco e à importância do acompanhamento regular, pelos ACS, pela médica e pela enfermeira.

Ação: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Realizar atividades educativas para orientar os usuários e a comunidade, quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação), pelos ACS, pela médica e pela enfermeira.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe sobre a realização desta avaliação, pela médica.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe quanto à importância do registro desta avaliação, pela médica.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, pela médica.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: Verificar semanalmente as fichas de acompanhamento, no campo referente a orientação nutricional, pela médica.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Organizar atividades em grupo para incentivar a alimentação saudável, através dos ACS, por toda equipe.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Acordar com o gestor para garantir que o nutricionista vinculado a nossa UBS fique mesmo disponível para essas ações, pela médica.

Engajamento Público

Ação: Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Realizar atividades educativas em grupo, com usuários e familiares, para orientação da alimentação, por toda equipe.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação, orientado por Nutricionista, para toda a equipe.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação sobre metodologias de educação em saúde, pela enfermeira.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento: Verificar semanalmente as fichas de acompanhamento, no campo referente a orientação nutricional, pela médica.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Organizar atividades em grupo para incentivar a alimentação saudável, através dos ACS.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Acordar com o gestor para garantir que o nutricionista vinculado a nossa UBS fique mesmo disponível para essas ações, pela médica.

Engajamento Público

Ação: Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Realizar atividades educativas em grupo, com usuários e familiares, para orientação da alimentação, por toda equipe.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação, orientado por Nutricionista, para toda a equipe.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação sobre metodologias de educação em saúde, pela enfermeira.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Detalhamento: Verificar semanalmente as fichas de acompanhamento, no campo referente a atividade física, pela médica.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Instituir um grupo de atividade física para orientação.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Discutir com o gestor a possibilidade de destinar um profissional educador físico para colaborar com as ações.

Engajamento Público

Ação: Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Realizar atividades educativas em grupo, com usuários e comunidade, para orientação sobre atividade física, por toda equipe.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação, orientado por Educador Físico, para toda a equipe.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação sobre metodologias de educação em saúde, pela enfermeira.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Detalhamento: Verificar semanalmente as fichas de acompanhamento, no campo referente a atividade física, pela médica.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Instituir um grupo de atividade física, para orientação.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Discutir com o gestor a possibilidade de destinar um profissional educador físico para colaborar com as ações.

Engajamento Público

Ação: Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Realizar atividades educativas em grupo, com usuários e comunidade, para orientação sobre atividade física, por toda equipe.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação, orientado por Educador Físico, para toda a equipe.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação sobre metodologias de educação em saúde, pela enfermeira.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento: Verificar semanalmente as fichas de acompanhamento, no campo referente a orientação sobre riscos do tabagismo, pela médica.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Discutir com gestor a possibilidade de comprar medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Engajamento Público

Ação: Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Informar durante consultas, atividades de sala de espera e atividades de grupos, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, por toda equipe.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação, orientada por médica, sobre o tratamento de usuários tabagistas.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação sobre metodologias de educação em saúde, pela enfermeira.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Detalhamento: Verificar semanalmente as fichas de acompanhamento, no campo referente a orientação sobre riscos do tabagismo, pela médica.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento Discutir com gestor a possibilidade de comprar medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Engajamento Público

Ação: Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Informar durante consultas, atividades de sala de espera e atividades de grupos, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, por toda equipe.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento Realizar reunião de capacitação, orientada por médica, sobre o tratamento de usuários tabagistas.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação sobre metodologias de educação em saúde, pela enfermeira.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento: Verificar semanalmente as fichas de acompanhamento, no campo referente a orientação sobre higiene bucal, pela médica.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Estabelecer que as consultas devem levar no mínimo 30 minutos para permitir tempo para orientações individuais.

Engajamento Público

Ação: Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Informar durante consultas, atividades de sala de espera e atividades de grupos, sobre a importância da higiene bucal, por toda equipe.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação, orientada pela médica ou enfermeira, sobre higiene bucal.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento: Verificar semanalmente as fichas de acompanhamento, no campo referente a orientação sobre higiene bucal, pela médica.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Estabelecer que as consultas devem levar no mínimo 30 minutos para permitir tempo para orientações individuais.

Engajamento Público

Ação: Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Informar durante consultas, atividades de sala de espera e atividades de grupos, sobre a importância da higiene bucal, por toda equipe.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação, orientada pela médica ou enfermeira, sobre higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Proporção de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Proporção de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável. .

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável para 100% de diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável. .

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção aos usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, vamos adotar como referência os Cadernos da Atenção Básica (CAB) – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Diabetes mellitus, nº 36 (BRASIL, 2013A) e Hipertensão arterial, nº 37 (BRASIL, 2013B). Será utilizada a ficha espelho disponível (Anexo C) pelo curso e o prontuário dos usuários para realização dos registros. Faremos contato com o gestor municipal para imprimir as fichas espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo B). Com base na meta estipulada, estimamos alcançar com a intervenção 91 hipertensos e 58 diabéticos.

As fichas espelho ficarão dispostas na mesa utilizada pela técnica de enfermagem, dentro de uma caixa de modo que possam ser acessadas nos dias de consultas dos usuários acompanhados. Serão verificadas uma vez por semana, pela médica, para verificar a completude das informações da ficha, verificar os usuários faltosos, sinalizar os usuários que estão com procedimento em atraso, e coletar os dados para monitoramento da intervenção na planilha de eletrônica de coleta de dados. Ao fim de cada mês, serão apresentados para a equipe os resultados parciais da intervenção, ao tempo em que discutiremos as dificuldades e melhorias que precisamos realizar. Nessa ocasião, obteremos os dados atualizados junto às ACS, para envio adequado e alimentação do SIAB.

Serão realizadas seis reuniões de capacitação para a equipe na USF. Cada reunião terá um profissional responsável pela condução. Iniciaremos a intervenção com a capacitação da equipe ainda na primeira semana, onde será apresentado o projeto de intervenção completo, o Protocolo de Atenção à Hipertensão arterial e Diabetes mellitus do MS, as novas rotinas da UBS na atenção ao hipertenso e diabético, os impressos que serão utilizados, e a forma de preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético. Essa primeira reunião de capacitação será conduzida pela médica e destinada a toda equipe,

A segunda reunião de capacitação ocorrerá ainda na primeira semana de intervenção, entre médica e enfermeira, para uma atualização sobre o tratamento da hipertensão e diabetes, para a realização de exame clínico apropriado, para seguir o

protocolo adotado na Unidade de Saúde para solicitação de exames complementares, para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés, e para a importância do registro desta avaliação. Nessa reunião também serão definidas as atribuições de cada uma no exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos.

A terceira reunião de capacitação ocorrerá na segunda semana de intervenção, e será dividida. Enquanto a enfermeira orientará os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realização das consultas e sua periodicidade, a médica orientará a técnica de enfermagem para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

A quarta reunião de capacitação ocorrerá na terceira semana de intervenção, será conduzida pela médica e destinada a toda equipe, e terá como foco as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis: práticas de alimentação saudável, prática de atividade física regular, e tratamento de usuários tabagistas.

A quinta reunião de capacitação ocorrerá na primeira semana do segundo mês de intervenção, será conduzida pela enfermeira e destinada a toda equipe, e abordará as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, e metodologias de educação em saúde.

E a sexta reunião de capacitação ocorrerá na terceira semana do segundo mês de intervenção, será conduzida pela médica e destinada a toda equipe, e abordará a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e as orientações sobre higiene bucal.

Para sensibilizar a comunidade, serão realizadas duas reuniões abertas à comunidade, conduzidas pela médica e enfermeira, por meio de palestras e dinâmicas participativas com a comunidade, além de atividades de sala de espera, conduzidas pelas ACS.

A primeira reunião com a comunidade será para apresentar à comunidade o programa de atenção ao hipertenso e diabético, informar sobre a importância de realização das consultas e avaliação da saúde bucal, deixando claro o porquê da

prioridade no atendimento a esse grupo. Nessa mesma ocasião ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes.

A segunda reunião será para orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, sobre os direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, e sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, como alimentação e sedentarismo.

As atividades educativas de sala de espera serão realizadas uma vez por semana, nos dias de atendimento prioritário dos hipertensos e diabéticos, pelas ACS, com palestras para informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente, orientar sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial maior que 135/80 mmHg, e orientar sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Além disso, será criado um grupo de atividades educativas para hipertensos e diabéticos que se reunirá uma vez por mês, na UBS. Cada encontro será conduzido pela médica e enfermeira, e serão abordados temas indicados nos objetivos, a saber:

Encontro 1: Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, periodicidade preconizada para a realização das consultas, sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, e quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Encontro 2: Orientar hipertensos e diabéticos sobre a importância da alimentação saudável e higiene bucal.

Encontro 3: Orientar hipertensos e diabéticos sobre a importância da prática de atividade física regular, e orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Encontro 4: Orientar os usuários quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

As consultas médicas e de enfermagem deverão levar no mínimo 30 minutos, para permitir tempo para orientações individuais, com realização de exame físico completo, incluindo avaliação da necessidade de atendimento odontológico, solicitação de exames complementares, prescrição dos medicamentos, de acordo com o protocolo. A consulta será guiada pela ficha de acompanhamento, que conterá todos os itens da consulta para que o profissional possa lembrar-se de tudo o que foi definido. Ou seja, será instituída uma ficha de acompanhamento para cadastro dos usuários no programa, e que contenha todos os campos para registro das informações necessárias ao monitoramento das ações e dos indicadores. O sistema de alerta se resume a espaços destinados à sinalização de quando será a próxima consulta, quando deverão ser realizados os próximos exames, quando deve ser realizada a próxima estratificação de risco, avaliação de comprometimento de órgãos alvo e o estado de compensação da doença. Como descrito anteriormente, o registro dessas informações será discutido em reunião de capacitação com a equipe, e essas fichas serão verificadas ao final de cada semana pela médica.

Será acordado com a equipe, que, ao procurarem a UBS, todos os usuários hipertensos e diabéticos devem ter o agendamento de sua consulta garantido. As consultas serão realizadas com periodicidade definida, de acordo com o risco cardiovascular, garantindo o retorno mais breve e com prioridade para os dos usuários avaliados como de alto risco. E a verificação das fichas permitirá também o levantamento dos usuários faltosos, que serão buscados pelos ACS em visitas domiciliares, para investigar intercorrências e agendamento de uma nova consulta, nas vagas destinadas justamente para esse fim.

Será impresso, pela médica, a versão atualizada dos protocolos que guiarão nossas ações, e será feita, pela enfermeira, a verificação do funcionamento dos materiais existentes na Unidade (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, aparelho de hemoglicoteste). A médica realizará uma reunião com o gestor de saúde para discutir: a solicitação de materiais necessários (entre os que serão testados); a disponibilização e agilidade de exames complementares definidos no protocolo; a possibilidade de comprar medicamentos para o tratamento do "abandono ao

tabagismo"; a garantia que o nutricionista vinculado a nossa UBS fique disponível para nossas ações; a possibilidade de destinar um profissional educador físico para colaborar com nossas ações; e a possibilidade de encaminhar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico, já que não dispomos de profissional dentista.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1ª Reunião de capacitação da equipe: Apresentação do projeto de intervenção, Protocolo, novas rotinas da UBS e impressos que serão utilizados.	X															
2ª Reunião de capacitação da equipe (médica e enfermeira): atualização sobre o tratamento da hipertensão e diabetes, realização de exame clínico, solicitação de exames complementares, registro adequado dos procedimentos, estratificação de risco cardiovascular.	X															
3ª Reunião de capacitação da equipe: cadastramento de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde e para a orientação de hipertensos e diabéticos (pela Enfermeira, para os ACS); verificação da pressão arterial de forma criteriosa, e realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg (pela médica, para a técnica de enfermagem).		X														
4ª Reunião de capacitação da equipe: estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis			X													
5ª Reunião de capacitação da equipe: alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, e metodologias de educação em saúde.					X											
6ª Reunião de capacitação da equipe: a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e as orientações sobre higiene bucal.							X									
Reunião de equipe para avaliação dos resultados parciais da intervenção, discussão das ações e discussão de dificuldades e melhorias a serem feitas, e coleta de dados atualizados, junto às ACS, para envio e alimentação do SIAB.				X				X				X				X

Cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência, pelos ACS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Busca ativa de faltosos pelos ACS.				X				X				X				X
Visitas domiciliares pelos ACS, e pela equipe se necessário	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Verificação do funcionamento dos materiais existentes na Unidade pela enfermeira.	X															
Reunião com o gestor de saúde para: apresentar o projeto e discutir as necessidades relativas a materiais, profissionais e exames.	X															
Acolhimento, atendimento clínico e cadastramento de hipertensos e diabéticos no programa.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Verificação das fichas espelho e inclusão de dados na planilha de coleta.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião do grupo de atividades educativas para Hipertensos e Diabéticos.			X				X				X				X	
Reuniões com a comunidade.		X														
Atividades de Sala de Espera pelas ACS – às quartas-feiras de manhã (dias de atendimento prioritário de hipertensos e diabéticos).	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentação para a equipe dos resultados parciais da intervenção, discussão dos problemas, e coleta de dados junto às ACS.				X				X				X				X

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A equipe iniciou a intervenção em 30 de março do presente ano. Conforme orientação do curso, houve a necessidade do encurtamento da intervenção de 16 para 12 semanas, para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 7 ao calendário estabelecido com a Universidade. Sendo assim, a intervenção finalizou em 19 de junho de 2015.

Na primeira semana de intervenção foi apresentado o projeto à gestora, que ofereceu apoio para a implementação do atendimento aos usuários de hipertensão arterial e diabetes mellitus, com a disponibilização de fichas espelho, vagas para fazer exames laboratoriais segundo protocolo do programa, assim como todos os materiais para a realização de hemoglicoteste e a verificação da pressão arterial. Foi feita também a verificação do funcionamento dos materiais existentes na Unidade pela enfermeira.

Realizamos capacitação da equipe, tendo como guia as diretrizes e recomendações do MS, relativas à prevenção, diagnóstico, tratamento, monitoramento e encaminhamento dos usuários hipertensos e diabéticos. As reuniões da equipe se cumpriram em sua totalidade, onde participaram todos os membros da equipe, feitas nas segundas-feiras pela manhã. Foram realizadas reuniões de capacitações da equipe de saúde nas doze semanas de intervenção, ou seja, indo além do que foi planejado. Abordamos o projeto e os CAB, o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos pela ACS, atribuições de cada membro da equipe, exame clínico dos hipertensos e diabéticos, fatores de risco modificáveis, entre outros temas. Houve participação ativa da equipe, e em cada reunião também discutíamos o agendamento por semana para o atendimento às quartas-feiras pela manhã. Realizamos ainda, em reunião, ao fim de cada mês, a

avaliação dos resultados parciais da intervenção com apresentação dos indicadores, e a discussão de dificuldades e melhorias a serem feitas.

Foram realizadas três reuniões com a comunidade, dirigidas pela equipe de saúde. A primeira reunião aconteceu no Sítio Merejo, na segunda semana, quando falamos sobre a apresentação do projeto, e eles falaram sobre a importância do atendimento a este grupo com doenças crônicas e a prioridade de pronto socorro em situações de alarme. A segunda reunião foi na quinta semana, no Sítio Jardim e falamos sobre a importância da intervenção e a importância de que os usuários que sofrem essas doenças sejam cadastrados, atendidos e avaliados integralmente na consulta, para evitar as complicações. Falamos também dos fatores de risco, dos sintomas, tratamento e complicações cardiovasculares neurológicas e outras decorrente da hipertensão e a diabetes. Alguns usuários falaram que sentiam alguns sintomas e tinham fatores de risco, e uma usuária com hipertensão arterial falou que muitas coisas eram desconhecidas para eles e com as palestras feitas estavam ficando informados do que podiam e não podiam. E a terceira reunião aconteceu na nona semana de intervenção, também no Sítio Merejo, na qual abordamos e explicamos com detalhe aos usuários os sintomas da hipertensão arterial e a diabetes mellitus, como identificá-los e o que fazer caso sentir esses sintomas. Houve cerca de 15 usuários, em média, nessas reuniões. De forma geral os usuários ficaram satisfeitos, mas a população ainda precisa de mais educação em saúde.

Foi realizado o cadastramento pelos ACS dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Na UBS acolhemos aos usuários que chegavam por demanda espontânea e aqueles que tinham consultas agendadas. Em cada consulta fizemos orientação a todos os usuários das condutas esperadas, com informações claras para que eles mudem para um estilo de vida saudável, com orientação nutricional de hábitos alimentares saudáveis, de forma individual e de acordo com seus riscos, assim como orientação de atividade física regular e a importância de assistir a consultas planejadas. Também orientamos quanto à necessidade de realização de exames complementares, assim como a periodicidade com que devem ser realizados. No final de cada consulta médica explicamos os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Todas as fichas espelho foram corretamente preenchidas, e com seus dados alimentamos a planilha de coleta de dados semanalmente, incluída no computador

da Unidade. Foi realizado o monitoramento e avaliação por parte da médica e da enfermeira.

Foram realizadas atividades em sala de espera todas as semanas para os usuários que aguardavam atendimento, pela enfermeira, técnica de enfermagem e ACS. Falaram sobre os fatores de risco modificáveis, a prática de atividades físicas diariamente, alimentação saudável, não fumar, não beber álcool, assim como outros temas, como vacinação. As atividades se desenvolviam em ambiente tranquilo e com trocas de experiências entres os profissionais de saúde, usuários e familiares, que participavam e faziam perguntas, e que ficaram muito motivados pela atividade.

As reuniões do grupo de atividades educativas foram realizadas uma vez por mês, conforme planejado, e aconteceram no local disponibilizado para o atendimento. A primeira ocorreu na terceira semana, onde abordamos as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, tais como sedentarismo, obesidade, dieta, tabagismo, alcoolismo, estresse e fatores socioeconômicos. A outra reunião ocorreu na sexta semana, com participação da equipe completa, e a médica falou sobre os direitos de acesso a medicamentos da farmácia popular e possíveis alternativas para obtê-los, e sobre os casos de usuários idosos com problemas de locomoção, que os familiares concordaram em colaborar. E a terceira reunião do grupo aconteceu na semana 11, na qual falamos sobre de fatores risco modificáveis novamente. Em geral houve boa participação dos usuários, em média 18 pessoas por reunião.

Em relação às dificuldades encontradas, primeiro enfrentamos o contratempo das férias que se prolongaram e atrasaram o início da intervenção. Depois, houve resistência de alguns colegas, já que antes da intervenção nosso trabalho não era organizado dessa maneira, mas quando foram visualizando as mudanças positivas, acabaram aderindo e colaborando com a realização das ações, inclusive na melhoria dos registros e também no agendamento das consultas dos hipertensos e diabéticos.

Outro problema enfrentado foi que, como os sítios ficam distantes da UBS, tivemos dificuldades com a assistência de alguns usuários, fundamentalmente os de maior idade. Ademais, temos dificuldade com o atendimento odontológico, pois não temos equipe de saúde bucal. Além disso, no início existiu carência de medicamentos na farmácia popular, que depois foi resolvido, e houve atraso nos exames solicitados, como potássio sérico e hemoglobina glicosilada, assim como

radiografia de tórax. Mas nem tudo foi dificuldade, pois tivemos todo o apoio por parte da gestora para o desenvolvimento da intervenção.

Na equipe cada profissional teve uma função determinada, o que tornou o desenvolvimento do projeto muito melhor. A enfermeira organizou as fichas espelhos e ajudou nas palestras e conversas na sala de espera com os usuários que iriam para a consulta. A técnica de enfermagem participou das visitas domiciliares, realizou buscas ativas, fez atividades de sala de espera, e esteve sempre presente nos exames dos usuários hipertensos e diabéticos. As ACS participaram nas reuniões, opinando sobre como deveria ser planejado e feito o projeto, o que demonstrou que elas reconheceram o valor do projeto para a comunidade, realizaram busca ativa dos usuários faltosos e pesquisa de usuários.

Eu, como médica responsável do projeto, tive sempre organizando, cada passo, tendo como guia o cronograma do estudo, cuidando para que as reuniões estivessem de acordo com os objetivos traçados, que as fichas espelho tivessem um lugar e organização certa, e que a população tivesse conhecimento de nosso trabalho.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Em relação ao que foi previsto no projeto que não foi desenvolvido, temos o atendimento odontológico, em função da falta da equipe de saúde bucal. Em toda consulta médica os usuários foram avaliadas quanto à necessidade de atendimento odontológico e receberam orientações de cuidados da saúde bucal, mas até hoje não foi possível garantir o atendimento odontológico.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Na nossa intervenção alimentamos a planilha semanalmente, e monitoramos as ações ao fim de cada mês, por meio dos indicadores calculados pela planilha, sem apresentar dificuldades nesse processo.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A implementação das ações previstas no projeto e materializadas na intervenção foi uma tarefa difícil, primeiramente pela resistência à mudança, já que muitos integrantes da equipe estavam céticos da possibilidade de atingir as ações planejadas e apresentadas para eles. O trabalho foi intenso com as ACS, que tiveram que realizar um novo cadastro casa por casa, fazendo interrogatório e solicitando os resultados para saber se estavam atualizados.

Pouco a pouco essas atividades foram incorporadas à rotina de trabalho da UBS. Com o fim da intervenção, é possível perceber que a equipe entendeu a importância da integração. Precisamos superar as dificuldades encontradas, como a dificuldade da distância dos sítios, a dificuldade com o atendimento odontológico, e o atraso nos exames solicitados. Além disso, é fundamental realizar o trabalho de conscientização da população, pois conhecemos o seu baixo nível educacional e de acesso às informações.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção da saúde aos hipertensos e diabéticos na UBS Cristalino Leite Silva no município Doutor Severiano-RN. Na área adstrita à UBS existem 152 hipertensos e 97 diabéticos, e a intervenção alcançou 152 hipertensos e 46 diabéticos que foram cadastrados no programa. Essa atualização facilitou nosso trabalho, sendo que, no início da intervenção os dados estavam desatualizados, e nos impossibilitava conhecer a real população de hipertensos e diabéticos da UBS, mas ao longo da intervenção, com a implantação da ficha espelho, conseguimos atualizar os cadastros. As metas foram monitoradas pelos indicadores de cobertura e de qualidade, conforme descritos a seguir.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção na unidade de saúde

No primeiro mês foram cadastrados no programa 49 hipertensos (32,2%), no segundo mês alcançamos 90 hipertensos (59,2%), e ao final da intervenção chegamos a 152 hipertensos cadastrados no programa, o que equivale a 100% de cobertura (Figura 1). Esse resultado final supera a meta estipulada que era de 60%. Os fatores que favoreceram esse resultado foram o agendamento dos usuários hipertensos pela ACS e as visitas domiciliares feitas pela médica e enfermeira.

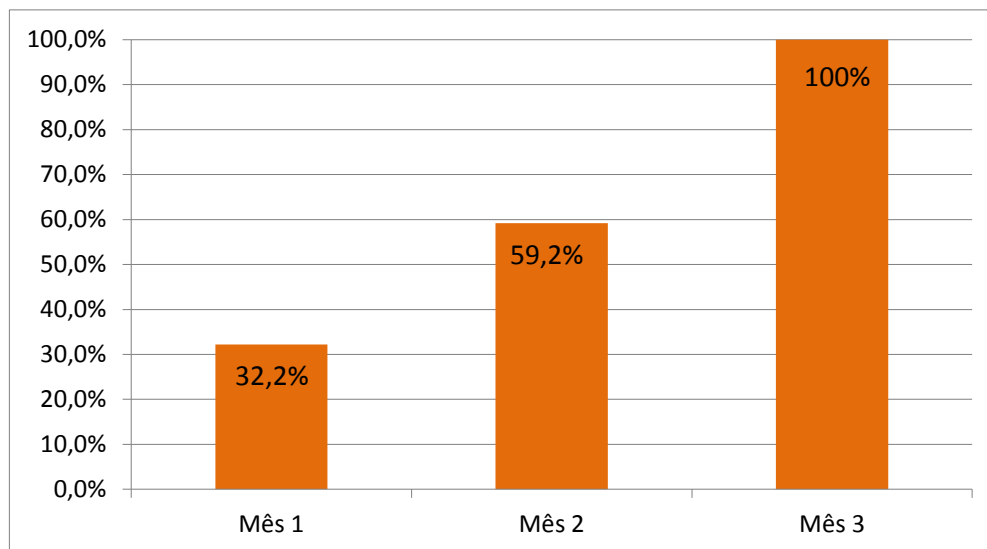


Figura 1. Cobertura do programa atenção à saúde ao hipertenso na UBS Cristalino Leite Silva no município Doutor Severiano-RN, 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

No primeiro mês de intervenção foram cadastrados no programa 15 diabéticos (15,5%), no segundo mês estavam cadastrados 28 diabéticos (28,9%), e ao fim do terceiro mês, havíamos cadastrados 46 diabéticos, atingindo uma cobertura de 47,4% (Figura 2), sendo a meta não alcançada.

Não identificamos motivos que justificassem a diferença entre os percentuais de cobertura alcançada entre os usuários com HAS e com DM, uma vez que a divulgação das ações, o convite à consulta e o acolhimento aconteceram da mesma forma para os dois grupos. Vale ressaltar que a adesão dos usuários estava sendo boa, e acreditamos que, se a intervenção seguisse para o quarto mês, certamente a meta de 60% seria atingida.

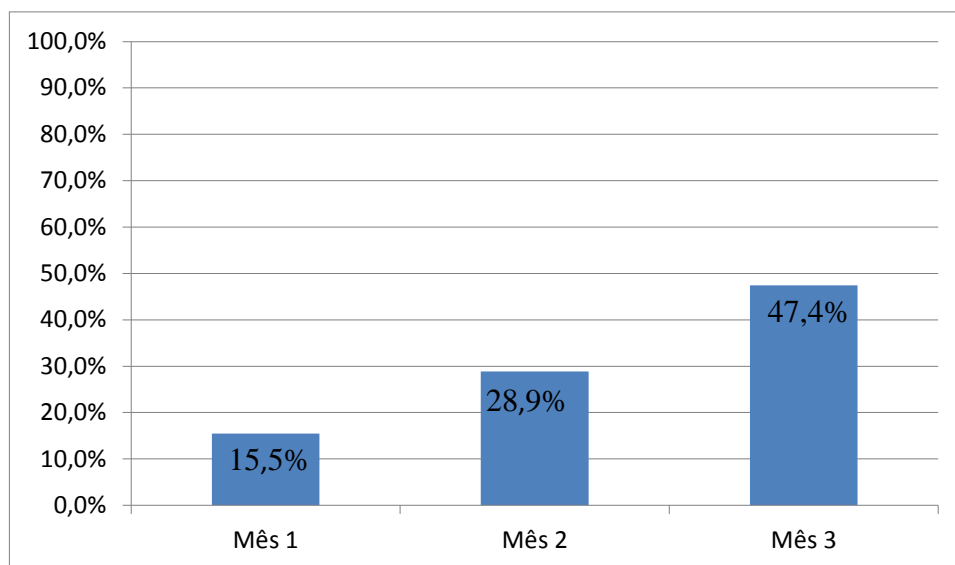


Figura 2. Cobertura do programa atenção à saúde ao diabético na UBS Cristalino Leite Silva no município Doutor Severiano-RN, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Ao longo da intervenção, foi feito exame clínico de acordo com o protocolo em cada um dos hipertensos cadastrados, alcançando assim um percentual de 100% nos três meses de intervenção, sendo examinados os 49 hipertensos no primeiro mês, 90 até o segundo, e 152 ao fim do terceiro mês de intervenção. Essa ação era realizada durante a consulta clínica, como parte da rotina, assim, não tivemos dificuldade em cumprir a meta.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

O exame clínico também foi realizado em cada um dos diabéticos cadastrados, de acordo com o protocolo, alcançando assim um percentual de 100% nos três meses de intervenção. No primeiro mês foram examinados 15 diabéticos, com 28 examinados ao fim do segundo mês, e 46 ao fim do terceiro. O que facilitou foi que o exame clínico era realizado como parte da consulta.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicadores 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com protocolo.

No primeiro mês tínhamos 39 hipertensos cadastrados (79,6%) com os exames complementares em dia, no segundo mês, 80 hipertensos (88,9%), e ao fim do terceiro mês, os 152 hipertensos cadastrados haviam feito os exames complementares de rotina, alcançando a meta de 100% (Figura 3). A ação que mais contribuiu para o resultado desse indicador foi a conversa feita com a secretária de saúde para disponibilizar vagas para a realização de exames completos aos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS.

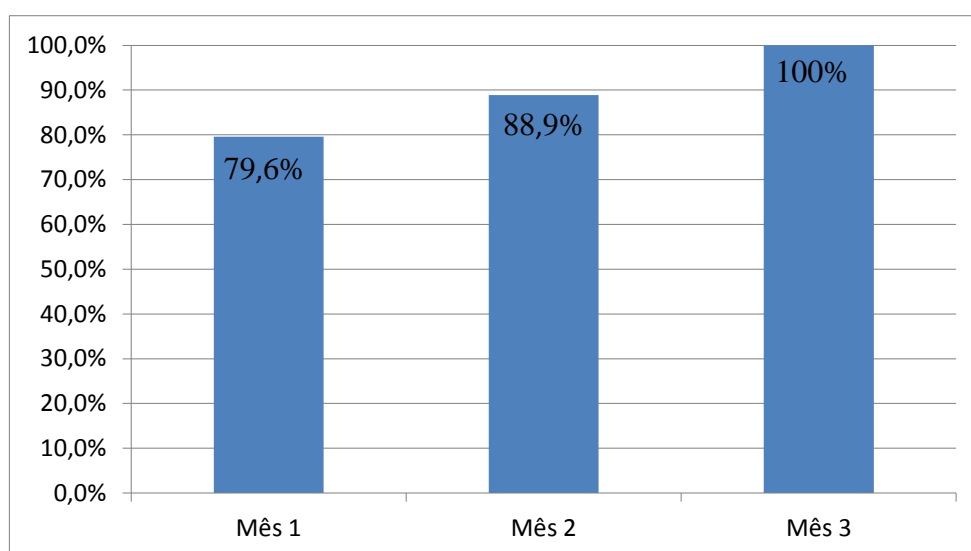


Figura 3. Proporção de hipertensos com os exames completos em dia de acordo com protocolo na UBS Cristalino Leite Silva no município Doutor Severiano-RN, 2015.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês tínhamos 12 diabéticos cadastrados (80,0%) com os exames complementares em dia, no segundo mês, 25 diabéticos (89,3%), e ao fim do terceiro mês, os 46 diabéticos cadastrados haviam feito os exames complementares de rotina, alcançando a meta de 100% (Figura 4). Como já

destacado, a ação que mais contribuiu para o resultado desse indicador foi a conversa feita com a secretária de saúde para disponibilizar vagas para a realização de exames completos aos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS.

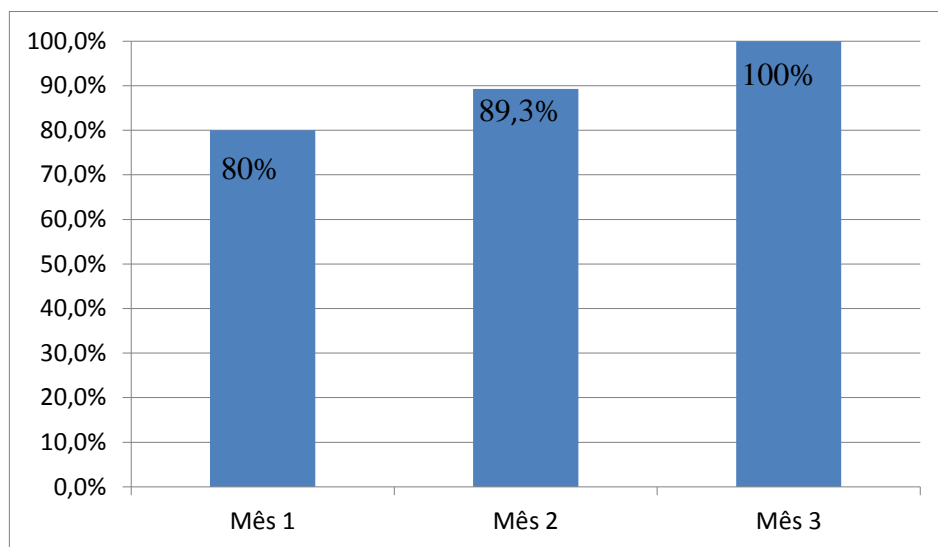


Figura 4. Proporção de diabéticos com os exames completos em dia de acordo com protocolo na UBS Cristalino Leite Silva no município Doutor Severiano-RN, 2015.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Ao longo da intervenção, todos os hipertensos cadastrados tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. No primeiro mês foram 49 hipertensos, no segundo mês, 90, e no terceiro mês, 152 hipertensos estavam com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Assim, a meta de 100% foi alcançada. Esse resultado foi alcançado através de conversas com os usuários durante as consultas médicas, visitas domiciliares e atividades de educação em saúde sobre o uso priorizado de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, e as facilidades para obtê-los.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Da mesma forma que os hipertensos, todos os diabéticos cadastrados tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, ao longo da intervenção. No primeiro mês foram 15 diabéticos, no segundo mês, 28, e no terceiro mês, 46 diabéticos estavam com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, com o alcance da meta de 100%. Como falado anteriormente, esse resultado foi alcançado através de conversas com os usuários durante as consultas médicas, visitas domiciliares e atividades de educação em saúde sobre o uso priorizado de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, e as facilidades para obtê-los.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Ao longo da intervenção, durante a consulta médica foi avaliada a necessidade de atendimento odontológico de todos os hipertensos cadastrados nos três meses, com 49 hipertensos avaliados no primeiro mês, 90 no segundo mês, e 152 no terceiro mês, o que equivale a 100% dos cadastrados, tendo sido alcançada a meta. O que mais auxiliou no alcance dessa meta, foi a garantia, em cada consulta médica, da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, e as orientações individuais e em grupo de educação em saúde sobre saúde bucal, pela equipe de saúde.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos da necessidade de atendimento odontológico.

Nas consultas médicas aos diabéticos, também foi avaliada a necessidade de atendimento odontológico de todos nos três meses, com os 15 diabéticos avaliados no primeiro mês, os 28 no segundo, e os 46 no terceiro mês, o que equivale a 100% dos cadastrados, tendo sido alcançada a meta. Da mesma forma, a garantia dessa avaliação em cada consulta médica, e as orientações individuais e em grupo de educação em saúde sobre saúde bucal, pela equipe de saúde, ajudaram no alcance dessa meta.

É importante lembrar que não temos serviço odontológico na Unidade de Saúde, o que depende da gestão municipal, o que nos impede de oferecer a realização da primeira consulta aos usuários com necessidades odontológicas.

Objetivos 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Apenas no primeiro mês da intervenção, houve um hipertenso faltoso à consulta que foi buscado, com apoio dos ACS. Assim, ao longo da intervenção tivemos um percentual de 100% de buscas ativas a usuários faltosos, alcançando a meta proposta. A ação que mais auxiliou foi a realização de visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde, com apoio da comunidade e familiares, permitindo garantir adesão às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Não houve diabéticos faltosos às consultas ao longo da intervenção. Como falado, as visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde garantiram boa adesão ao programa.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Antes da intervenção não realizávamos registro em ficha de acompanhamento, só contávamos com os dados oferecidos pelos prontuários clínicos. Ao longo da intervenção foi feito preenchimento das fichas de acompanhamento de todos os hipertensos incluídos no programa, sendo 49 no

primeiro mês, 90 no segundo mês, e 152 no terceiro mês, alcançando a meta de 100% nos três meses de intervenção. A ação que mais auxiliou foi a prévia capacitação da equipe, e o monitoramento semanal nas reuniões de equipe, com a verificação do correto preenchimento das fichas.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Da mesma forma que os hipertensos, todos os diabéticos incluídos no programa tiveram a ficha de acompanhamento preenchida ao longo da intervenção, sendo 15 no primeiro mês, 28 no segundo, e 46 no terceiro mês, alcançando a meta de 100% nos três meses. A ação que mais auxiliou foi a prévia capacitação da equipe, e o monitoramento semanal nas reuniões de equipe, com a verificação do correto preenchimento das fichas.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Antes da intervenção os hipertensos não eram avaliados quanto ao risco de cardiovascular, segundo os prontuários clínicos revisados. No primeiro mês foram avaliados 37 hipertensos cadastrados no programa (75,5%), no segundo mês, 78 hipertensos (86,7%), e no terceiro mês, os 152 hipertensos cadastrados foram avaliados quanto ao risco cardiovascular, alcançando a meta de 100% ao fim da intervenção (Figura 5). Essa ação era realizada durante a consulta clínica, como parte da rotina, assim, não tivemos dificuldade em cumprir a meta. Além disso, a realização dos exames complementares por todos os usuários cadastrados contribuiu para o alcance da meta, já que a avaliação do risco cardiovascular envolve a avaliação de alguns exames.

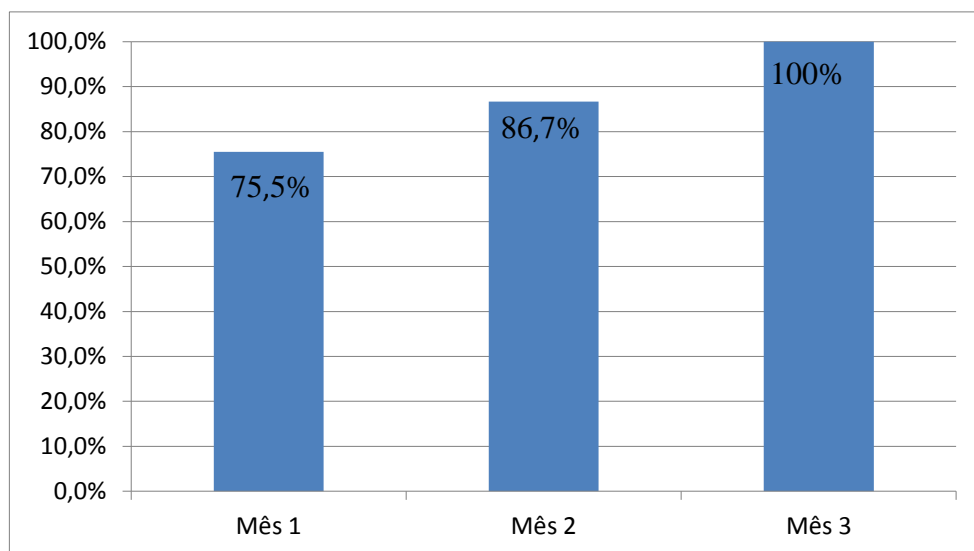


Figura 5. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Cristalino Leite Silva no município Doutor Severiano-RN, 2015.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Da mesma forma que os hipertensos, os diabéticos passaram ser avaliados quanto ao risco de cardiovascular na intervenção. No primeiro mês foram avaliados 12 diabéticos cadastrados no programa (80%), no segundo mês, 25 diabéticos (89,3%), e no terceiro mês, os 46 diabéticos cadastrados foram avaliados quanto ao risco cardiovascular, alcançando a meta de 100% ao fim da intervenção (Figura 6). A ação que mais auxiliou no alcance da meta de avaliação de risco, foi a garantia de uma consulta médica integral a todos os usuários, com avaliação de risco cardiovascular, e a realização dos exames complementares.

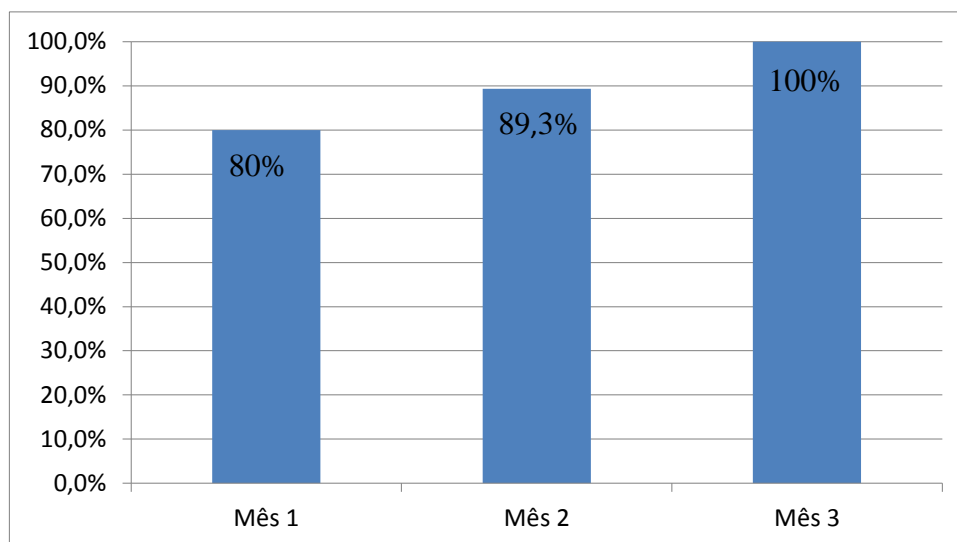


Figura 6. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Cristalino Leite Silva no município Doutor Severiano-RN, 2015.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Ao longo da intervenção, todos os hipertensos cadastrados receberam orientação nutricional, tendo sido alcançada a meta de 100% nos três meses de intervenção. No primeiro mês receberam orientação nutricional 49 hipertensos, no segundo mês, 90, e no terceiro, os 152 cadastrados. A ação que mais auxiliou a alcançar essas metas foi a garantia de uma consulta médica integral a cada usuário cadastrado, assim como as visitas domiciliares e atividades de educação em saúde realizadas com hipertensos e diabéticos, familiares e comunidade, contando com ajuda da equipe de saúde e comunidade, que foram previamente capacitados.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável para 100% de diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Da mesma forma, ao longo da intervenção, todos os diabéticos cadastrados receberam orientação nutricional, tendo sido alcançada a meta de 100% nos três

meses de intervenção. No primeiro mês receberam orientação nutricional 15 diabéticos, no segundo mês, 28, e no terceiro, os 46 cadastrados.

Como já dito, a ação que mais auxiliou a alcançar essas metas foi a garantia de uma consulta médica integral, assim como as visitas domiciliares e atividades de educação em saúde realizadas com hipertensos e diabéticos, familiares e comunidade.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Ao longo da intervenção foi possível garantir a orientação para a prática regular de atividade física a todos os hipertensos cadastrados no programa, alcançando a meta de 100% nos três meses de intervenção, tendo sido orientados 49 hipertensos no primeiro mês, 90 no segundo mês, e os 152 no terceiro mês. A ação que mais auxiliou no alcance da meta foi a garantia de consulta médica integral a cada idoso, assim como as visitas domiciliares e atividades de educação em saúde realizadas com usuários, familiares e comunidade, contando com ajuda da equipe de saúde, previamente capacitada.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Da mesma forma, ao longo da intervenção foi possível garantir a orientação para a prática regular de atividade física a todos os diabéticos cadastrados no programa, alcançando a meta de 100% nos três meses de intervenção, tendo sido orientados 15 diabéticos no primeiro mês, 28 no segundo mês, e os 46 no terceiro mês.

A ação que mais auxiliou no alcance da meta foi a garantia de consulta médica integral, assim como as visitas domiciliares e atividades de educação em saúde realizadas com usuários, familiares e comunidade.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

No primeiro mês receberam orientação sobre os riscos do tabagismo os 49 hipertensos, 90 no segundo mês, e 152 no terceiro. Dessa forma, a meta de 100% foi alcançada nos três meses de intervenção. Isso foi possível através das consultas médicas, visitas domiciliares e atividades de educação em saúde feitas com usuários, familiares e a comunidade, sendo que a equipe foi previamente capacitada. Isso foi realizado através das consultas médicas, visitas domiciliares e atividades de educação em saúde feitas com usuários, familiares e a comunidade, sendo que a equipe foi previamente capacitada.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Assim como os hipertensos, todos os diabéticos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. No primeiro mês foram 15 diabéticos, no segundo mês, 28, e no terceiro, 46, tendo sido alcançada a meta de 100% nos três meses de intervenção. Também foi realizado através das consultas médicas, visitas domiciliares e atividades de educação em saúde feitas com usuários, familiares e a comunidade.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Ao longo da intervenção, todos os hipertensos foram orientados sobre higiene bucal, sendo 49 no primeiro mês, 90 no segundo, e 152 no terceiro, com o alcance da meta nos três meses de intervenção. Apesar de não termos equipe de saúde bucal, todos os usuários cadastrados foram orientados pela equipe de saúde, seja em consulta, visitas domiciliares ou em atividades de educação em saúde sobre saúde bucal.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Assim como os hipertensos, todos os diabéticos também foram orientados sobre higiene bucal, sendo 15 no primeiro mês, 28 no segundo, e 46 no terceiro, com o alcance da meta nos três meses de intervenção. Como falado anteriormente, todos os usuários cadastrados foram orientados pela equipe de saúde, seja em consulta, visitas domiciliares ou em atividades de educação em saúde sobre saúde bucal.

4.2 Discussão

A intervenção na UBS Cristalino Leite Silva, no município Doutor Severiano-RN, promoveu a ampliação da cobertura e a melhoria da qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos. Obtivemos ainda excelentes registros dos exames laboratoriais dos usuários, assim como propiciamos uma classificação de risco para ambos os grupos.

A intervenção exigiu que a equipe tivesse uma boa capacitação, tendo como guia as diretrizes e recomendações do MS, relativas à prevenção, rastreamento, diagnóstico, tratamento, monitoramento e encaminhamento dos usuários hipertensos e diabéticos. Os profissionais da equipe adquiriram e reciclaram muitos conhecimentos e conseguimos organizar melhor o trabalho em equipe. Além disso, a forma dessa organização agradou muito aos colegas, com a promoção da integração do trabalho integrado da médica, da enfermeira, da técnica de enfermagem e das ACS, onde cada profissional teve uma função determinada, porque assim o desenvolvimento do projeto foi muito melhor.

A intervenção trouxe melhorias ao serviço, com a organização do fluxograma de atendimento na UBS. A melhoria do registro e o agendamento hipertensos e diabéticos, com preenchimento das fichas espelho e atualização dos prontuários médicos, viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. Além disso, a classificação de risco cardiovascular dos hipertensos e diabéticos foi utilizada para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O resultado da intervenção para a população nas comunidades foi de satisfação com todas as ações de saúde que são ofertadas a eles. A priorização dos hipertensos e diabéticos apresenta duas versões: uma de quem está recebendo a priorização, que fica satisfeito por isso, e de outro lado, uma certa incompreensão na sala de espera entre os outros membros da comunidade, que desconhecem o motivo desta priorização. Nesse caso, nós temos que explicar os motivos reais, para que possam entender e cooperar também. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos hipertensos e diabéticos sem cobertura, por isso um de nossos objetivos é chegar a 100% dos hipertensos e diabéticos da área adstrita.

Se realizasse novamente a intervenção, faria diferente o cadastramento e ampliação da cobertura para 100% dos hipertensos e diabéticos da área adstrita, e garantiria a 100% todas as ações previstas no projeto.

Para que a intervenção seja incorporada à rotina da UBS, temos que ter consciência sobre a importância da intervenção e nós, como equipe, temos que transmiti-la para a comunidade. Será fundamental realizar o trabalho de conscientização da população, pois conhecemos o seu baixo nível educacional e de acesso a informações.

Pretendemos investir na ampliação dos cadastros de hipertensos e diabéticos, em busca de maior controle de fatores de risco. Tomando este projeto como exemplo, pretendemos implementar o programa de atenção aos idosos na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Sou Mirtha Romelia, médica da UBS Cristalino Leite Silva, de Doutor Severiano-RN, e venho, através deste, relatar sobre a intervenção realizada na UBS por um período de três meses, entre abril e junho de 2015, para a melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, como proposta de Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas.

O trabalho de prevenção já existia na Unidade de Saúde, mas com a realização do diagnóstico situacional, foi possível averiguar que alguns aspectos demandavam uma melhoria, o que estimulou a implementação dos Programas de Atenção à Saúde.

O objetivo geral da intervenção foi melhorarmos a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos, e os objetivos específicos foram ampliar a cobertura desses Programas, melhorar a qualidade da atenção os hipertensos e diabéticos cadastrados, melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos cadastrados nos Programas, assim como, realizar ações de promoção de saúde voltadas aos usuários da nossa área de abrangência na população alvo para esses dois programas do Ministério da Saúde.

A intervenção permitiu que conhecêssemos a nossa realidade e o que precisaríamos para realizar as mudanças e implementações, desde o material necessário, até a definição das funções dos membros da equipe durante a intervenção, o planejamento de conteúdo e espaço físico para a realização da capacitação da equipe, entre outros. As ações de divulgação foram realizadas nos diferentes sítios da área de abrangência, não só no início da intervenção, mas durante todo o período.

Todas as ações planejadas no projeto de intervenção tiveram por base os protocolos do Ministério da Saúde e foram distribuídas em quatro eixos temáticos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Com as ações do eixo de monitoramento e avaliação, pudemos acompanhar o desenvolvimento das ações postas em prática durante as 12 semanas da intervenção, por meio de registro em ficha espelho para cada usuário e de uma planilha de coleta de dados eletrônica. O eixo organização e gestão do serviço reuniu todas as ações de cadastramentos, acolhimento, atendimento, agendamento, avaliação clínica e busca ativa de usuários hipertensos e diabéticos, sempre de forma qualificada e acordada em reunião de equipe. No eixo engajamento público, as ações consistiram em atividades de sala de espera nos dias de atendimento prioritário de hipertensos e diabéticos, e atividades em grupo de Hiperdia, realizadas na comunidade. É importante ressaltar que as atividades de educação em saúde são essenciais, especialmente na atenção básica, pois permitem o empoderamento da população. Por fim, no eixo qualificação da prática clínica realizamos reuniões de capacitação da equipe para o bom desenvolvimento da intervenção, baseada em protocolos do Ministério da Saúde. Nessas reuniões a nossa equipe informou-se e atualizou-se para poder estar apta a compartilhar esses conhecimentos e ofertar atenção e cuidados aos hipertensos e diabéticos, seus familiares e comunidade em geral, como as ações de promoção de saúde.

Na área adstrita à UBS existem 152 hipertensos e 97 diabéticos, e a intervenção alcançou 152 hipertensos e 46 diabéticos que foram cadastrados no programa. No primeiro mês foram cadastrados no programa 49 hipertensos (32,2%) e 15 diabéticos (15,5%), no segundo mês alcançamos 90 hipertensos e 28 diabéticos (28,9%) cadastrados no programa (59,2%), e ao final da intervenção chegamos a 152 hipertensos cadastrados, o que equivale a 100% de cobertura, e 46 diabéticos, atingindo uma cobertura de 47,4%. Todos os hipertensos e diabéticos cadastrados estão com registro adequado na ficha de acompanhamento, com o exame clínico e os exames complementares em dia de acordo com protocolo, foram avaliados com estratificação de risco cardiovascular, tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, e foram orientados sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal. Todos foram avaliados quanto a necessidade de atendimento

odontológico, mas como não temos serviço odontológico na Unidade de Saúde, não pudemos oferecer-lhes a realização da primeira consulta odontológica.

Apesar das dificuldades, devemos destacar que tivemos todo o apoio por parte da gestora para o desenvolvimento da intervenção. Vale ressaltar, no entanto, a importante função que a gestão municipal tem na melhoria dos indicadores de atenção em saúde bucal, na perspectiva da disponibilização desse serviço.

Gostaria de destacar a gratificação em ter realizado este trabalho que permitiu, acima de tudo, uma aproximação maior com esse grupo populacional, por meio de um estreitamento de vínculo e maior conhecimento da saúde geral e específica dos hipertensos e diabéticos da nossa UBS.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários,

Sou Mirtha Romelia, médica da UBS Cristalino Leite Silva, de Doutor Severiano-RN, e é com muita satisfação que venho hoje até vocês para falar um pouco sobre a intervenção que aconteceu nesta Unidade de Saúde, por 12 semanas, entre março e junho de 2015.

Tudo foi muito bem programado e estudado pela equipe, mesmo antes que vocês soubessem sobre o trabalho. Todas as ações que pusemos em prática aqui foram recomendadas pelo MS.

Escolhemos um Programa que existia aqui na Unidade de Saúde para ser melhorado, e como os Programas da Saúde dos hipertensos e diabéticos estavam mais desorganizados, resolvemos que seriam eles.

Foi feito o convite na comunidade e nos sítios, e todos os usuários receberam orientações, informativos sobre os fatores de riscos de doenças em hipertensos e diabéticos. Todos os usuários tiveram suas consultas agendadas, para facilitar e melhorar o acesso à Unidade de Saúde. A equipe ficou muito feliz porque muitos de vocês estavam chegando para melhorar a saúde e foram recebidas com muita alegria.

Atendemos 152 hipertensos e 46 diabéticos, que foram cadastrados no programa. Todos os hipertensos e diabéticos cadastrados estão com registro adequado na ficha de acompanhamento, com o exame clínico e os exames complementares em dia de acordo com protocolo, foram avaliados com estratificação de risco cardiovascular, tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, e foram orientados sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal, tudo para prevenir o aparecimento de doenças que podem levar à morte. Todos foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico também, mas

como não temos serviço odontológico na Unidade de Saúde, não pudemos oferecer-lhes a realização da primeira consulta odontológica.

O impacto da intervenção é sentido na comunidade. Conseguimos aumentar os cadastros dos hipertensos e diabéticos, melhoramos a organização do nosso trabalho, melhoramos a atenção e a oferta de cuidados a todos que buscaram o serviço, fizemos palestras para orientar a todos vocês sobre os riscos dessas doenças e os cuidados para evitá-las, como deixar o mau hábito de fumar, não beber e ter uma dieta saudável para evitar também as doenças cardiovasculares e cerebrais, como acidentes vasculares (tromboses, hemorragias etc.) e infarto de miocárdio. Essas palestras aconteceram aqui na Unidade de Saúde e também na comunidade.

Visitamos as casas dos hipertensos e diabéticos e orientamos um a um sobre os cuidados com a prevenção das doenças. Nas consultas, conversamos também a respeito dos cuidados necessários para evitar os fatores de risco com os exames que devem ser feitos todos os anos

A intervenção já foi incorporada a rotina do serviço. Para isto, estamos ampliando o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção aos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco, tendo em conta o aspecto que até hoje vem desfavorecendo o atendimento a este grupo de risco, que é a falta de conhecimento pela comunidade da importância de atendimento à atenção a saúde dos hipertensos e diabéticos.

Foi muito gratificante poder estar mais perto de vocês durante a intervenção e esperamos que os aprendizados obtidos possam ser transmitidos para as próximas gerações. Todo nosso trabalho com a comunidade é para melhorar a vida atual e futura do Brasil. O empenho e envolvimento da equipe de saúde na intervenção permitiram um trabalho mais sólido em busca da qualidade da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos. Os usuários consultados confirmavam a necessidade de atenção, e continuar com essa prática de conscientização é nosso objetivo.

Precisamos superar as dificuldades encontradas, como a dificuldade da distância dos sítios, a dificuldade com o atendimento odontológico, e o atraso nos exames solicitados. Contamos com a participação da comunidade na busca de melhorias para o serviço e para o bairro, de modo que possamos qualificar ainda mais a atenção e promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

Uma grande conquista é cativar os diabéticos e suas famílias em relação à ideia de prevenção para cadastrar todos os diabéticos e seguir o acompanhamento periódico. Penso que a comunidade deve estimular ações desse âmbito, pois são assuntos de saúde pública, e a prevenção dos fatores de risco pode ser decisiva para a qualidade de vida.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Refletir sobre o impacto da intervenção do curso na minha trajetória pessoal e profissional foi fundamental, na medida em que me permitiu repensar sobre a caminhada dentro do curso e minha experiência de trabalho no Brasil.

Queria logo definir o tema e já escrever de imediato. À medida que o curso prosseguia, ia me assustando com a quantidade de atividades. Muitas vezes julguei o preciosismo como desnecessário e excessivo diante de tantos outros compromissos que cada médico estudante tinha.

Cheguei com muitas expectativas e ansiedade para começar a trabalhar e desenvolver o aprendizado baseado no curso de especialização, e confecção do trabalho de conclusão de curso.

Escolhido o tema da intervenção, deparei-me com mais um desafio: iniciar a prática de educação em saúde e qualificação do atendimento à saúde dos hipertensos e diabéticos.

Com o desenvolvimento do curso cada unidade constituiu uma ferramenta de trabalho que fortaleceu nossa prática profissional. Este curso à distância foi bom, já que pude interagir com os demais colegas, conhecer seus desempenhos, mas mais importante foi trabalhar com toda a equipe da UBS e compartilhar conhecimentos para melhorar a saúde do povo brasileiro.

Na unidade de análise estratégica foi definido o foco de intervenção, objetivos, metas, indicadores, justificativa, ações a serem desenvolvidas durante o projeto, a logística para garantir o cumprimento das ações, e o cronograma de atividades, assim como foram definidos os instrumentos a serem utilizados, neste

caso a ficha espelho, a planilha de coleta de dados, e planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (OMIA)

Aprendi sobre os direitos e deveres dos usuários, como liderar com os principais preocupações e problema da saúde da comunidade e trabalhar com os cadernos de atenção básica e de ações programática, identificando as principais deficiências. Aprendi a ser uma profissional melhor, com os conhecimentos do sistema de saúde brasileiro.

Enfim, aprendi bastante. Tenho certeza que as horas no computador, fazendo atividades foram importantes. Obviamente com aprimorada ajuda pela professora orientadora, cuja cooperação para eu desenvolver este trabalho tem sido imprescindível. Os livros e temas estudados no curso foram importantes na minha formação profissional, assim como na aplicação dos ensinamentos na prática, melhorando a assistência à saúde e qualificando a APS.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde – Cadernos de Atenção Básica – **Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus**. Brasília – 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, n. 36 – Brasília: Ministério da Saúde, 2013A.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial**. Cadernos de Atenção Básica, n. 37 – Brasília: Ministério da Saúde, 2013B.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. 2010. [Internet]. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=160015>>. Acessado em 16 out 2014.

Apêndices

Apêndice A - Fotografia da equipe em atuação



Equipe e usuários em atividade na sala de espera.



Acolhimento e palestra na sala de espera da UBS.



Em consulta, avaliando a usuária com hipertensão.



Em consulta, avaliando o usuário com diabetes.



Na consulta, depois de fazer o exame clínico, realizando HGT.



ACS fazendo atividade preventiva na comunidade.



Reunião de equipe para discutir o programa. O trabalho em equipe ficou mais fortalecido.



Reunião do Grupo de Hipertensos e Diabéticos - atividade educativa.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																	
Indicador para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente recebe o tomor?	Todos os medicamentos são da lista do Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de tratamento odontológico?	O paciente anti-fumo há necessidade de consulta de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consulta em atraso?	O paciente está com registro adequado no ficho de acompanhamento?	A avaliação de risco cardiovascular por equipe clínica está em dia?	O paciente recebe orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebe orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebe orientação sobre os riscos do tabagismo?
Orientações de acompanhamento	de 1 até o total do paciente cadastrado	Nome	Em uso	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	
29																	

Apresentação / Orientações / Dados da UBS / Mês 1 / Mês 2 / Mês 3 / Mês 4 / Indicadores

Anexo E - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante